

The background of the slide is a high-angle, top-down photograph of a large crowd of people walking on a light-colored surface. The image is monochromatic, with a blue tint. A semi-transparent blue rectangle is overlaid on the right side of the image, containing the title and author information. The title text is white and bold, and the author's name is in a smaller, white font.

Wie können sozial Benachteiligte effektiv in den gesundheitlichen Digitalisierungsprozess eingebunden werden?

PD Dr. Thomas Lampert



- ❖ Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung
- ❖ Soziale Unterschiede im Krankheitsgeschehen
- ❖ Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit
- ❖ Digital Divide und eHealth Literacy
- ❖ Zusammenfassung und Diskussion

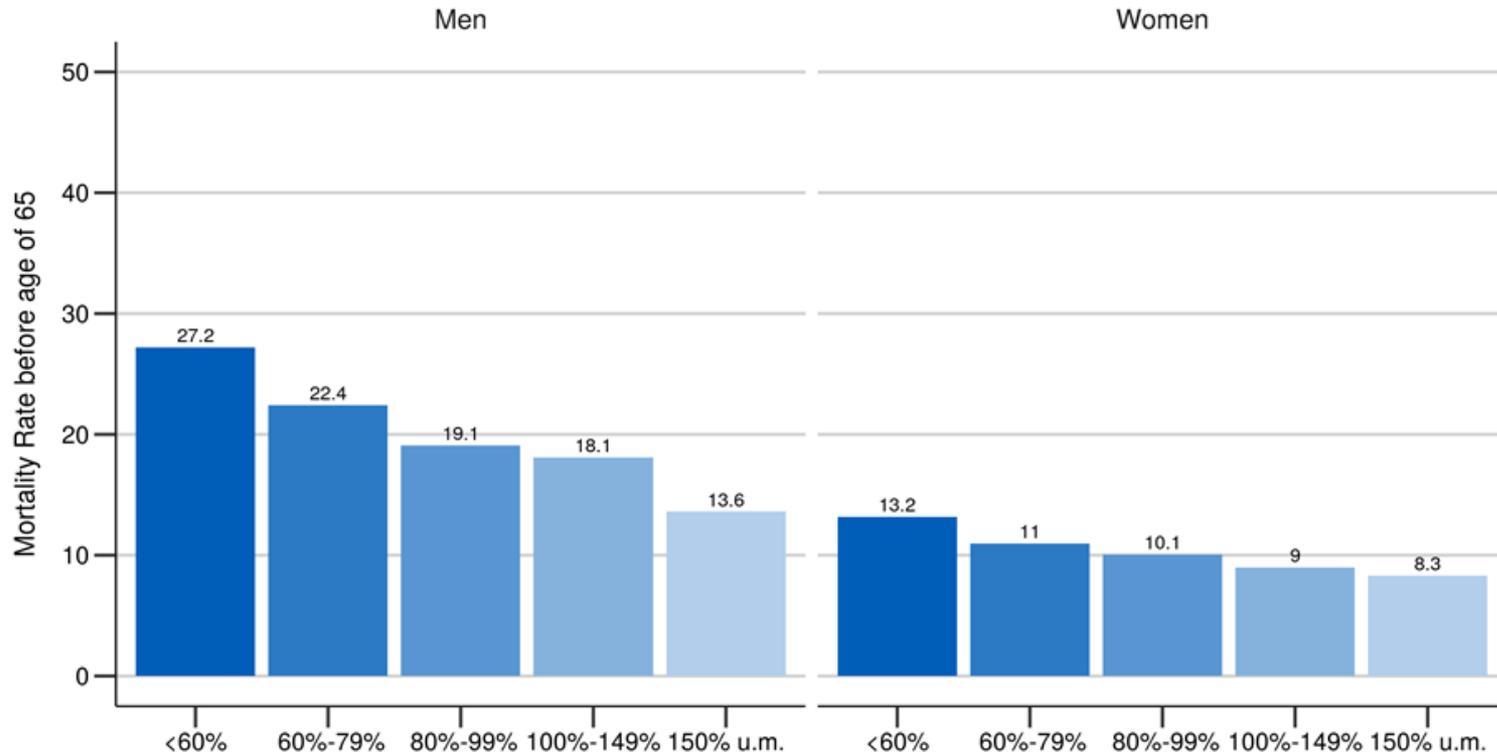


Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung

Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr



Datenbasis: SOEP 1992-2016 (Lampert et al. 2019)



Anteil in Bezug auf das mittlere Netto-Äquivalenzeinkommen:

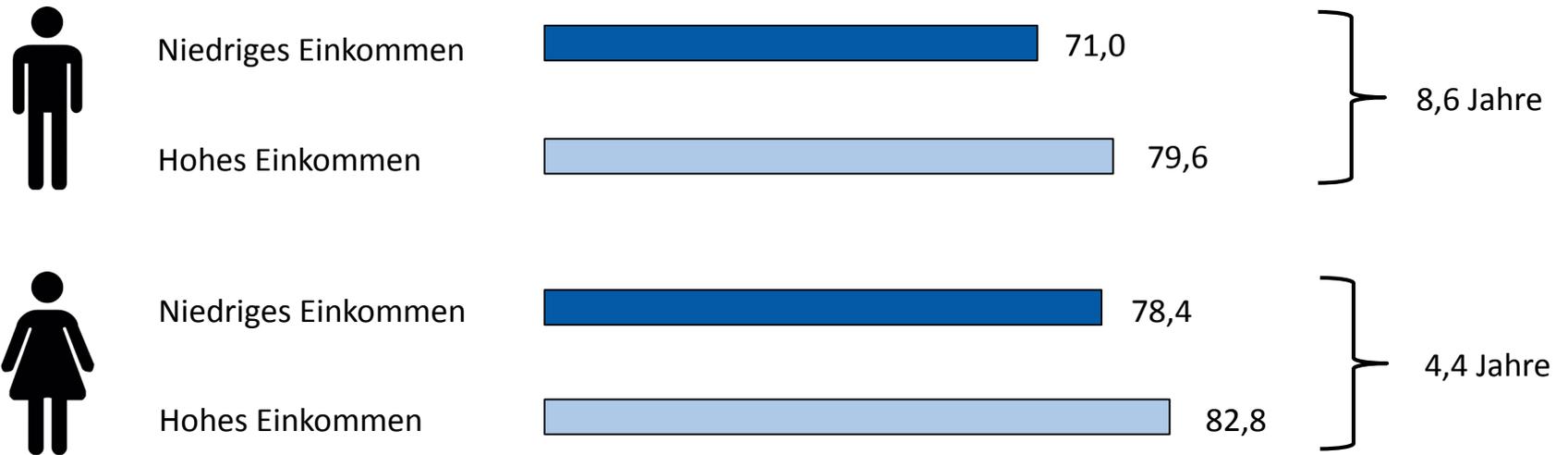
< 60% = relative Armut

≥ 150% = relative Wohlhabenheit

Einkommensunterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt



Datenbasis: SOEP 1992-2016 und Periodensterbetafeln (Lampert et al. 2019)

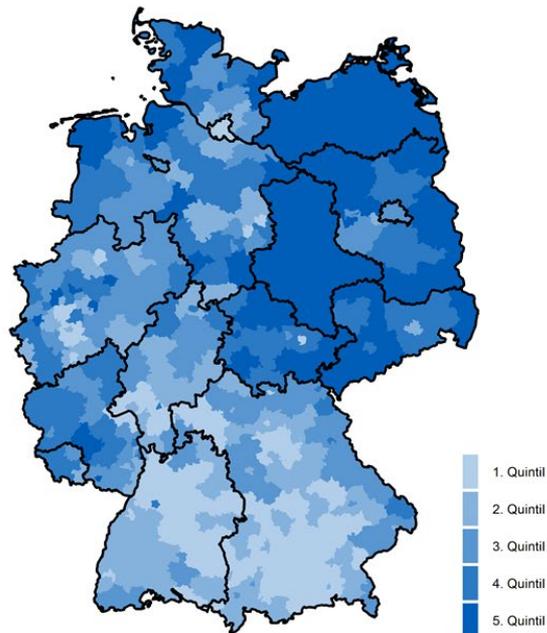


Regionale Unterschiede in Bezug auf soziale Deprivation und mittlere Lebenserwartung bei Geburt

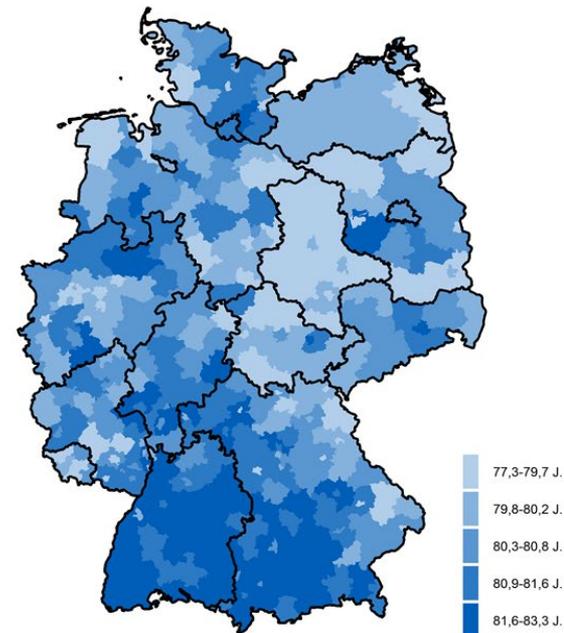


Datenbasis: INKAR 2018 (Kreisebene, Kroll et al. 2018)

Soziale Deprivation



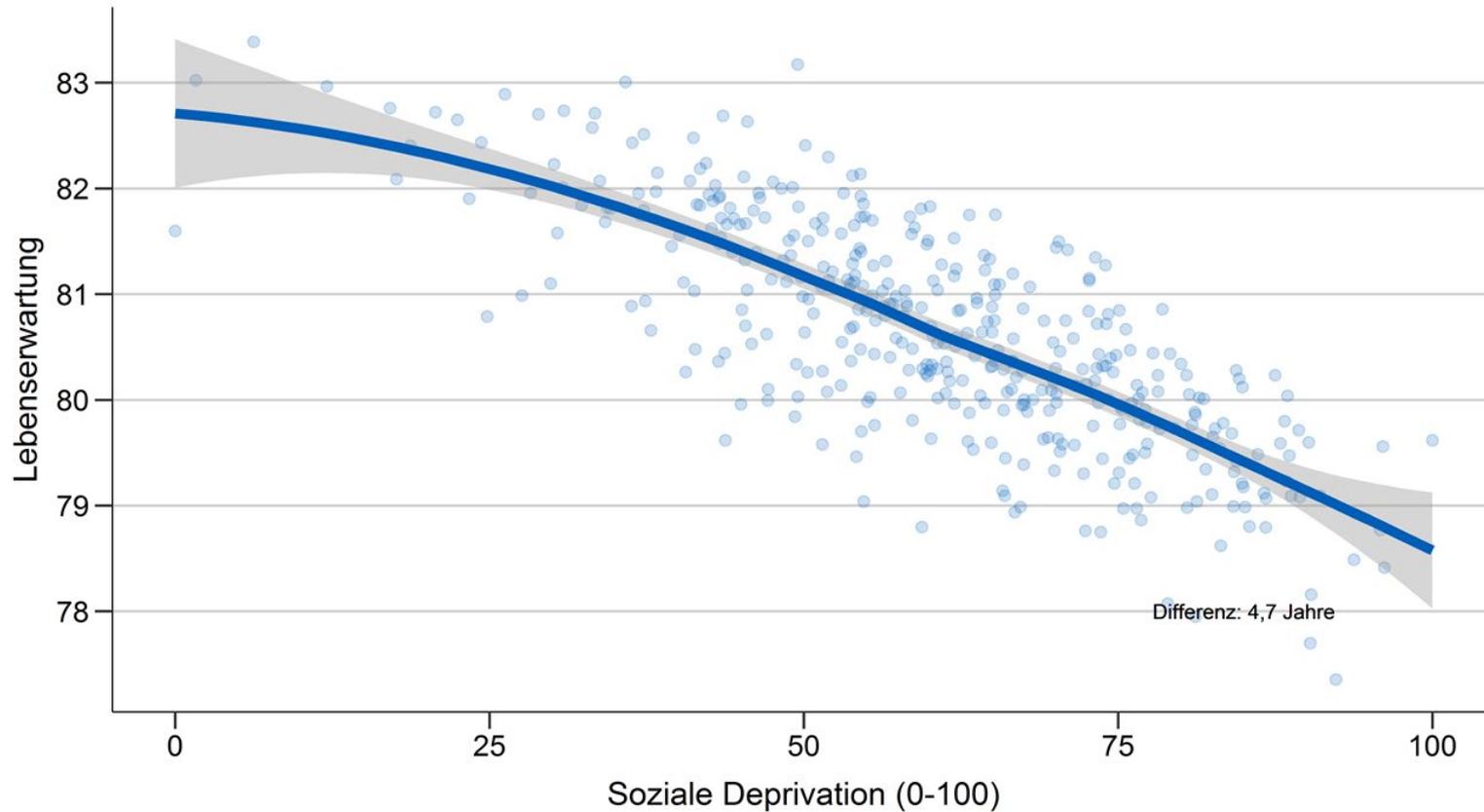
Lebenserwartung



Zusammenhang zwischen sozialer Deprivation und mittlerer Lebenserwartung bei Geburt



Datenbasis: INKAR 2018 (Kreisebene, Kroll et al. 2018)



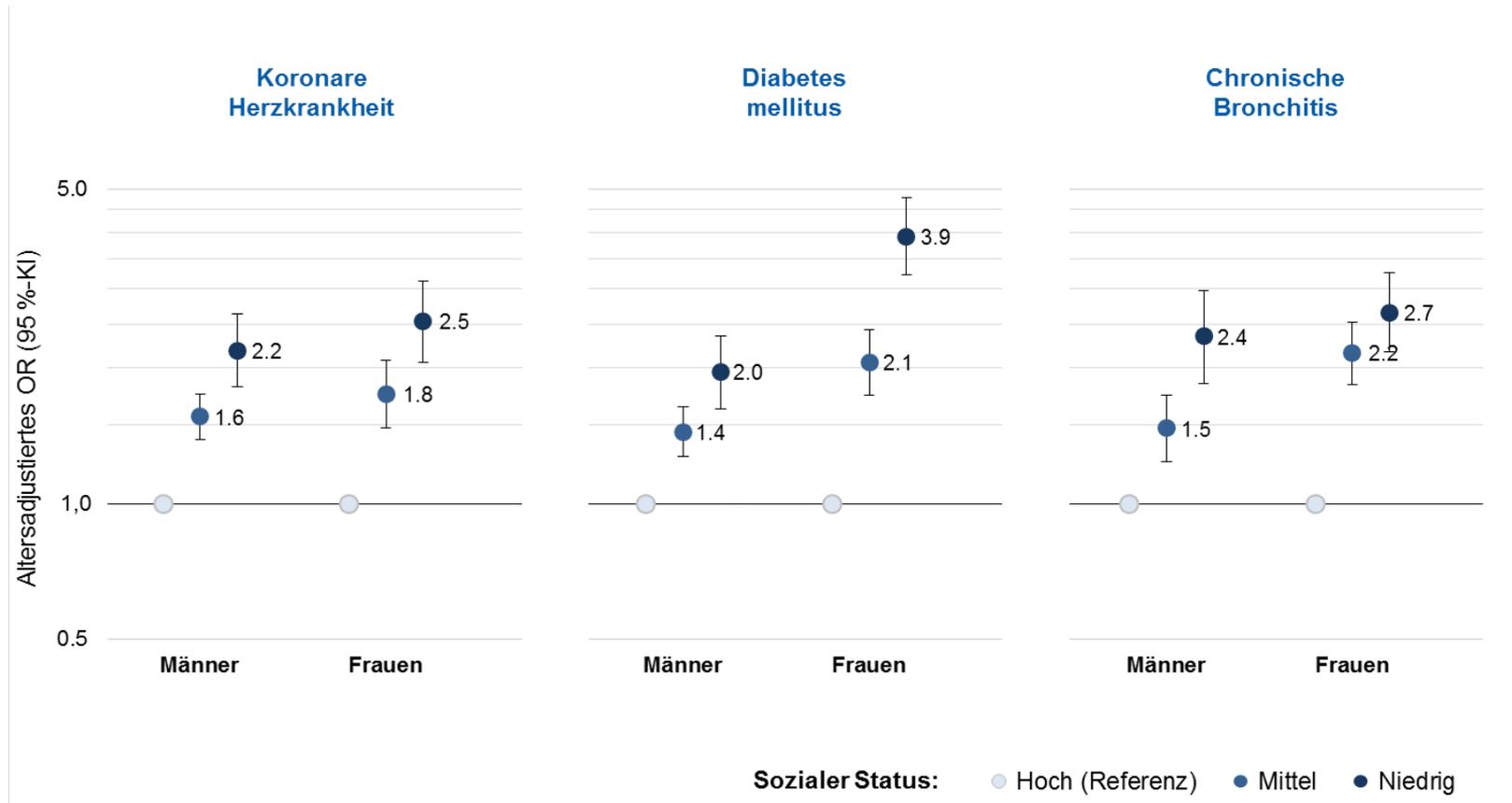


Soziale Unterschiede im Krankheitsgeschehen

Chronische Krankheiten nach Sozialstatus



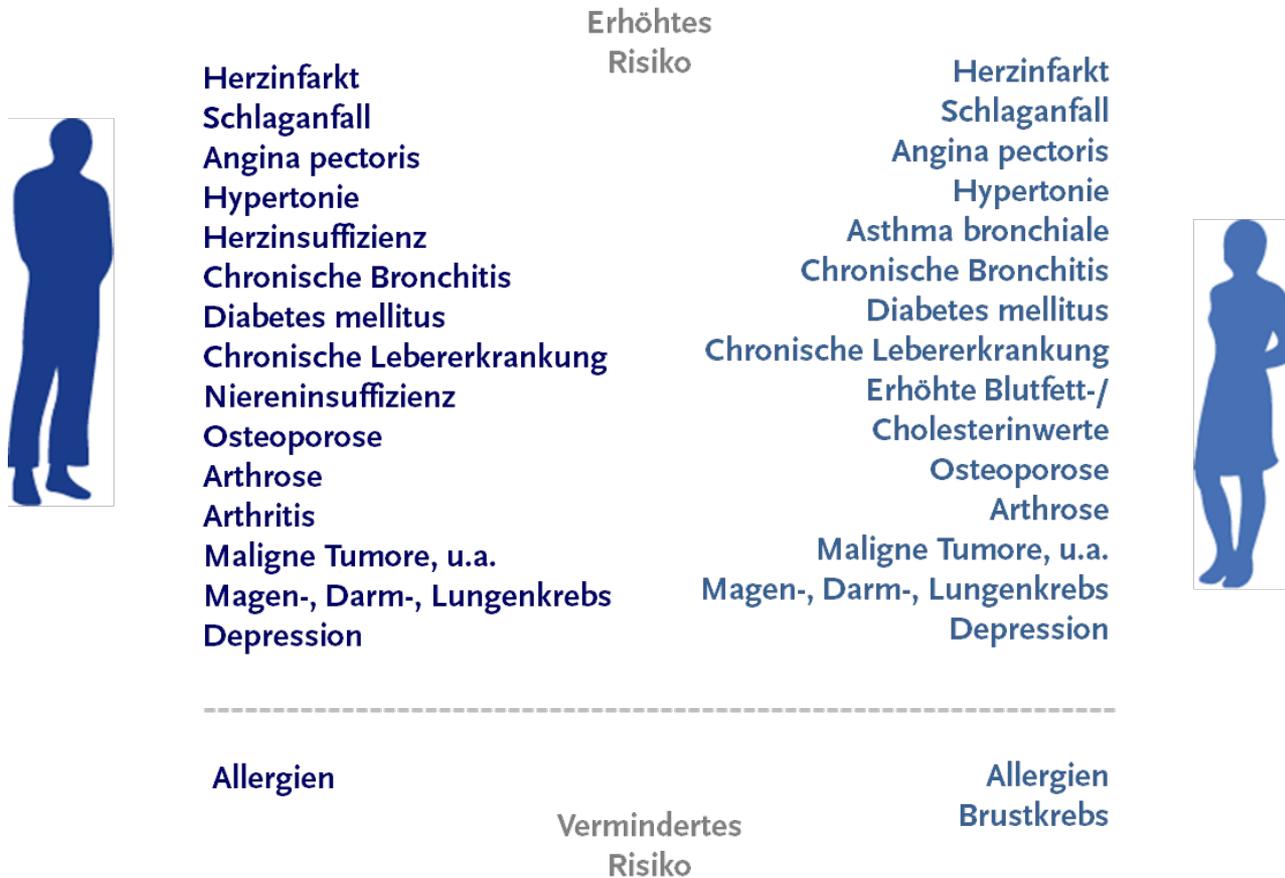
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012 (Hoebel et al. 2016)



Erhöhtes Krankheitsrisiko bei niedrigem Sozialstatus



Quellen: u.a. Geyer 2008, Davey Smith 2008, Lampert et al. 2017





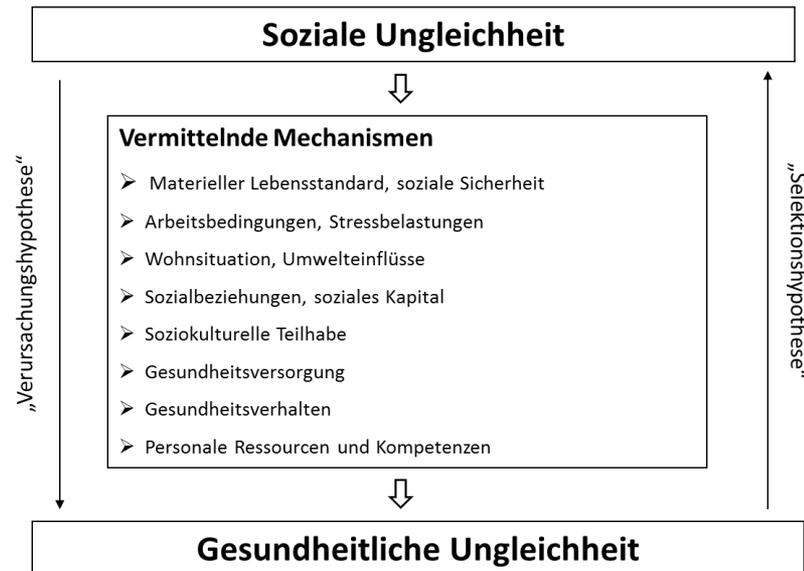
- ❖ Früherer Krankheitseintritt und schwerere Verlaufsformen chronischer Erkrankungen (Barnett et al. 2012, Clouston et al. 2015)
- ❖ Häufiger Komorbidität und Funktionseinschränkungen sowie spezifische Behandlungsbedarfe (Grintsova et al. 2014, Tetzlaff et al. 2015)
- ❖ Unterschiede in Bezug auf das Bewältigungsverhalten und Bewältigungsressourcen (vd Knesebeck et al. 2015, Bengtsson et al. 2017)
- ❖ Stärkere Einschränkungen in Bezug auf Alltagsgestaltung und soziale Teilhabe (Klein et al. 2016, Hofreuther-Gätgens et al. 2017)
- ❖ Geringere Überlebenszeiten nach Krankheitseintritt, z.B. Herzinfarkt, Diabetes mellitus und Krebs (Perna et al. 2010, Jansen et al. 2014)



Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

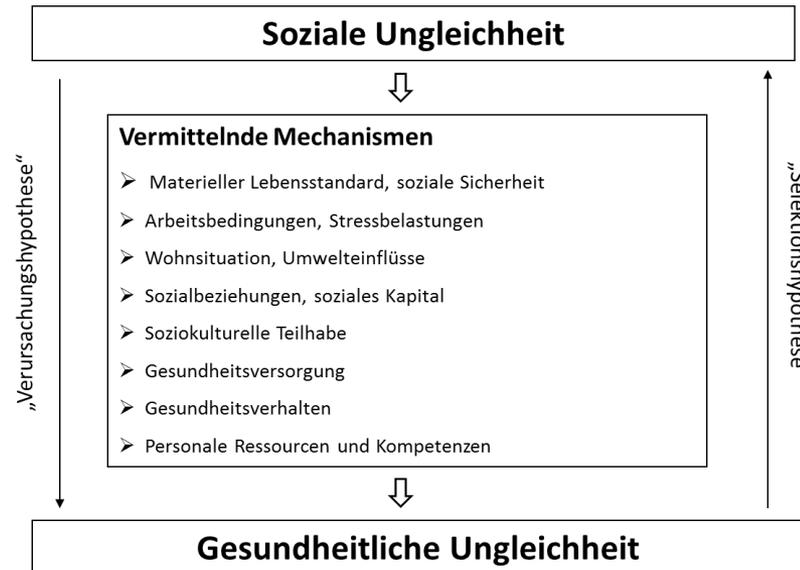


Mielck 2005, Lampert 2011





Mielck 2005, Lampert 2011



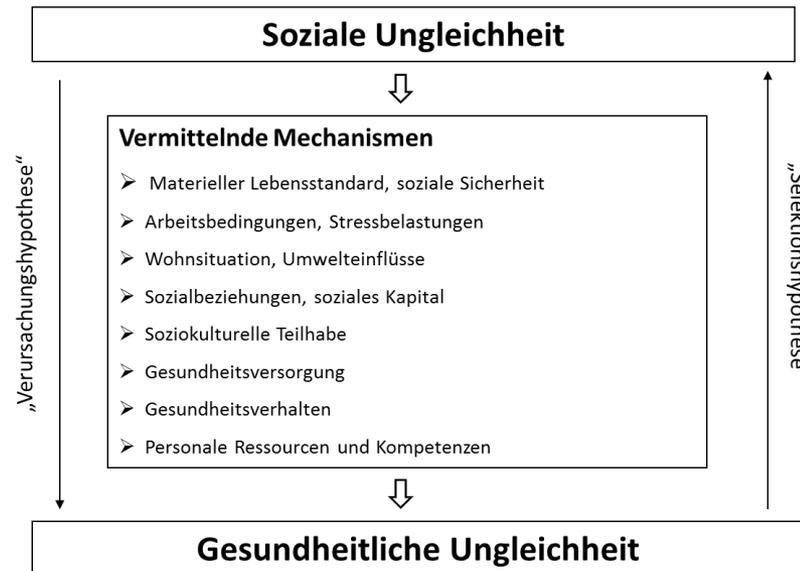
Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit...

gehen zu einem erheblichen Anteil auf Defizite in Bezug auf materiellen Lebensstandard, soziale Absicherung, Arbeits- und Wohnbedingungen sowie Gesundheitsverhalten zurück.

Daneben gewinnen Fragen der sozialen Integration, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Wertschätzung/Anerkennung zunehmend an Bedeutung



Mielck 2005, Lampert 2011



Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit...

gehen zu einem erheblichen Anteil auf Defizite in Bezug auf materiellen Lebensstandard, soziale Absicherung, Arbeits- und Wohnbedingungen sowie Gesundheitsverhalten zurück.

Daneben gewinnen Fragen der sozialen Integration, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Wertschätzung/Anerkennung zunehmend an Bedeutung

Soziale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung...

spielen insbesondere in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten, Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenzen eine Rolle, zumal vorhandene Angebote, gerade im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, von den Gruppen mit den höchsten Förderbedarfen seltener wahrgenommen werden („**Präventionsdilemma**“).



Digital Divide und eHealth literacy



Digital Divide (Digitale Spaltung) beschreibt Unterschiede im Zugang zu und der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie, insbesondere dem Internet, zwischen Volkswirtschaften bzw. verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufgrund von technischen und sozioökonomischen Faktoren.

Annahmen

- Chancen auf Zugang zum Internet und anderen (digitalen) Informations- und Kommunikationstechnologien sind ungleich verteilt
- die im Zuge der unterschiedlichen Internetnutzung entstehenden Wissensklüfte sind größer als jene, die auf die Nutzung älterer Medien bezogen sind
- dass diese Chancenunterschiede ihrerseits gesellschaftliche Auswirkungen haben

Quellen: Marr & Zillen 2010, Zillien & Haufs-Brusberg 2014



Primärer Digital Divide: Mangelnder Zugang zu digitalen Technologien und Internet

Sekundärer Digital Divide: Disparitäten in Bezug auf Motivation, Nutzungsmuster und die Fähigkeiten mit digitalen Technologien zu bedienen oder gezielt im Internet zu navigieren („Health literacy und eHealth literacy“)

Tertiärer Digital Divide: Unterschiede in der Fähigkeit mit Hilfe von digitalen Technologie ein verbessertes (gesundheitliches Outcome) zu generieren

Quelle: van Deursen AJAM, van Dijk JAGM (2014) The digital divide shifts to differences in usage. *New media & Society* 16(3): 507-526



Health literacy: „Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.”

Quelle: Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12:80



Health literacy: „Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.”

Quelle: Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12:80

eHealth literacy: „The ability to use emerging information and communications technologies to improve or enable health and health care [...] and empower individuals and enable them to fully participate in health decisions.“

Quelle: Neter E, Brainin E (2012) eHealth literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. Journal of Medical Internet Research 14(1): e19.



“The review indicates that disadvantaged social and socioeconomic conditions contribute to low HL levels, [...], and that **HL mediates the relationship between SES and health status**, quality of life, specific health-related outcomes, health behaviors and use of preventive services.”

“Low HL can be considered as a modifiable risk factor for health disparities on which it is possible to act in order to **reduce health disparities and reach greater equity in health**”

Quelle: Stormacq C et al. (2018) Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. Health Promotion International: 1–17



Art der Nutzung

Hohe Bildung

Dauer der Internetnutzung



Information



Nachrichten



Persönliche Entwicklung



Unterhaltung



Spiele/ Gaming



Soziale Interaktion/ Netzwerke



Interneteinkäufe



Quelle: van Deursen AJAM, van Dijk JAGM (2014) The digital divide shifts to differences in usage. *New media & Society* 16(3): 507-526

Data: Online Panel of the Dutch adult population (n=1200)



Art der Nutzung

Hohe Bildung

Dauer der Internetnutzung



Information



Nachrichten



Persönliche Entwicklung



Unterhaltung



Spiele/ Gaming



Soziale Interaktion/ Netzwerke



Interneteinkäufe



Bildung spielt für die Unterschiede im Nutzungsverhalten eine größere Rolle als das Einkommen, die berufliche Stellung oder der Erwerbsstatus

Quelle: van Deursen AJAM, van Dijk JAGM (2014) The digital divide shifts to differences in usage. *New media & Society* 16(3): 507-526

Data: Online Panel of the Dutch adult population (n=1200)

Ergebnisse des US Health Information National Trends Surveys 2012



Stärkere Nutzung in höherer Bildungsgruppe („college graduate“ vs „some college“ and „high school“)

- Looked for health care provider
- Used email or internet to communicate with doctor
- Tracked personal health information online
- Used website to help track diet, weight, physical activity
- Downloaded information to mobile device

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen:

- Bought medicine or vitamins online
- Visited a social networking site to read and share about medical topics
- Used email or internet to write in an online diary or blog about any type of health topic
- Participated in an online support group for people with a similar health or medical issue

Quelle: Kontos E, Blake KD, Choe W-Y, Prestin A (2012) Predictors of eHealth Usage: insights on the Digital Divide from the Health Information National Survey 2012

Data: Health Information National Survey 2012, US adult population, n=3959



Hauptnutzergruppe:

- Frauen jüngeren bis mittleren Alters
- mit einer höheren Bildung
- mit einem höheren Einkommen
- Personen mit akuter oder chronischer Krankheit, einer Behinderung, die sich um ihre Gesundheit sorgen oder sich um andere kümmern

Weitere Ergebnisse:

- Häufigster Anlass für die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet ist ein Arztbesuch oder Fragen zur Versorgung
- Einstieg erfolgt zumeist über Suchmaschinen und nicht über Portale oder direkte Navigation
- Design und Nutzerfreundlichkeit sind wesentliche Kriterien für die Glaubwürdigkeit von Informationen und Webseiten
- Nutzerinnen und Nutzer trauen Informationen eher, wenn dieser den eigenen Erfahrungen und Einstellungen entsprechen

Quelle: Zschorlich B, Gechter D, Janßen IM et al. (2015) Gesundheitsinformationen im Internet: Wer sucht was, wann und wie?

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 109: 144-152

Data: Systematisches Review (n=74 überwiegend internationale Studien)



Table 2. Scores for low and high eHealth literacy groups in outcomes of information search

Variable	Low		High		<i>F</i>	<i>P</i> value
	Mean	SD	Mean	SD		
Outcomes (index)	2.76	0.88	3.40	0.83	177.76	<.001
Understanding of symptoms, conditions, treatment	3.30	1.20	3.95	0.96	115.56	<.001
Update in health innovations	3.01	1.24	3.71	1.16	108.04	<.001
Self-managing health	2.37	1.24	3.13	1.34	87.39	<.001
Affected health behaviors	2.75	1.25	3.41	1.25	87.39	<.001
Use of insurance	2.23	1.33	2.77	1.43	45.95	<.001
Asking physician questions	3.17	1.28	3.73	1.18	63.51	<.001
Consulting physician on information retrieved	2.90	1.32	3.54	1.24	81.85	<.001
Power position with physician	2.55	1.32	3.22	1.31	83.06	<.001

eHealth literacy: traditional (literacy and numeracy), information, media, health, computer and scientific literacy.

Quelle: Neter E, Brainin E (2012) eHealth literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. Journal of Medical Internet Research 14(1): e19.

Data: Nationally representative telephone household survey of the Israeli adult population, n=1289



Diskussion



- ➔ Große soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung sowie im Krankheitsgeschehen
- ➔ Gesundheitliche Ungleichheit kommt durch das Zusammenspiel einer Vielzahl von materiellen, sozialen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren zustande
- ➔ Unterschiede in Bezug auf Health literacy und vermutlich auch eHealth literacy können zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen
- ➔ Verringerung des Digital Divide könnte zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit führen



- ➔ Diskussion über die digitale Spaltung sollte weniger an der Verfügbarkeit und dem Zugang zu digitalen Technologien ansetzen, sondern an Nutzungsmustern, Motivation und Kompetenzen
- ➔ Stärkere Überlegungen zur Förderung von Health literacy und eHealth literacy in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen
- ➔ Digitale Gesundheitsangebote sollten dahingehend überprüft werden, welche Gruppe wie erreicht werden
- ➔ Für bestimmte Gruppen, darunter Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Sozialstatus sind „passgenaue“ Angebote zu entwickeln
- ➔ Mehr Forschung zur Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten und zu den Potenzialen für Verbesserungen der Gesundheit und Stärkung der gesundheitlichen Ungleichheit



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Korrespondenzadresse:

PD Dr. Thomas Lampert
Robert Koch-Institut
FG28 Soziale Determinanten der Gesundheit
General-Pape-Str. 62-66, 12101 Berlin
Email: t.lampert@rki.de
Internet: www.rki.de